

常務理事	事務長	係長	業務係	任	記号一番号	150 —	月額	
								千円
前資格期間	取得	年	月	日	資格取得年月日	年	月	日
	喪失	年	月	日	資格喪失予定年月日	年	月	日

例文により通知し、被保険者証を交付してよろしいでしょうか。

下欄に記入をして下さい。

健康保険被保険者証の記号番号	101 — 1001	健康保険任意継続被保険者資格取得申請書	
資格喪失年月日(退職日の翌日)	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	標準報酬月額	
勤務していた事業所	名称	〇〇〇〇〇株式会社	本人資格喪失時月額
	所在地	神奈川県横浜市〇区〇〇〇3-2-1	〇〇〇年9月末組合平均
		300 千円	410 千円
保険給付金の希望振込先(本人名義口座)	〇〇 銀行 〇〇 支店 普通預金 口座No.1234567		
保険料の納付方法	希望する納付方法について、下記のいずれか一つに〇印を付けてください。		
	1. 毎月納付	2. 6ヵ月分(以内)前納	3. 12ヵ月分(以内)前納
※ 「6ヵ月前納」及び「12ヵ月前納」を希望された場合、任継の資格取得年月日の属する月の月末までに前納保険料を納付していただく必要があります。			

上記のとおり申請します。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

被扶養者の有無 …… 有り・無し
 有りの方、健康保険被扶養者(現況)届を必ず添付してください。
 第1回目の保険料の振込みは、資格喪失年月日以降にお願いします。
 一般被保険者は、前月分保険料を当月徴収していましたが、
 任意継続被保険者については、当月分保険料を当月徴収することになりますので、ご承知ください。

申請者の住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 神奈川県横浜市〇区〇〇〇3-2-1
シメイフリガナ	ヨコハマ タロウ
氏名	横浜 太郎 印
電話番号	045-〇〇〇-〇〇〇〇
FAX番号	045-〇〇〇-〇〇〇〇
生年月日	昭平 〇〇年 〇月 〇日生
E-mail	kenpo@abc.co.jp